مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf : 610-1-03

Réf. ANAM : 1.2.02.01 مرجع رقم

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) — خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :..... الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم التسجيل :

N° CIN : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له(لها)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : .....Dhs درهم مبلغ المصاريف:

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant — تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins — **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom :..... الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : I_I_I_I_I_I_I_I تاريخ الازدياد :

N° CIN: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس: *

INPE et code à barres ** — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant الطبيب المعالج I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Type de soins — نوع العلاجات

Admission ALD* : **Oui** **Non** قبول المرض المزمن* :

N° dossier ALD : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD : I_I_I_I_I رمز المرض المزمن :

Maladie* ☐ مرض * sationHospitali* ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : ب: Le : I_I_I_I_I_I_I_I في : **توقيع المؤمن له** **Signature de l'assuré(e)**	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : ب: Le : I_I_I_I_I_I_I_I في **توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية** **Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins**

- * Cocher la mention utile pour chaque case -* أشطب الخانة المناسبة

-** Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Description des actes effectués					**وصف العمليات المجراة**
تاريخ العمليات **Date des actes**	**رمز العمليات** **Code des actes**				**معامل العمليات** **Lettre clé+ cotation NGAP**	**المبلغ المفوتر** **Montant facturé**	**توقيع وطابع الطبيب المعالج** **Signature et cachet du Médecin traitant**
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I							
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I							

CIM-10			

Actes Paramédicaux						**عمليات المساعدين الطبيين**
تاريخ العمليات **Date des actes**	**رمز العمليات** **Code des actes**				**معامل العمليات** **Lettre clé+ cotation NGAP**	**عدد العمليات** **Nbre d'actes**	**المبلغ المفوتر** **Montant facturé**	**توقيع وطابع المساعد الطبي** **Signature et Cachet du Paramédical**
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I								
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I								

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات: الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes			معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAPINABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I						
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I		
INPE et code à Barres I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة **Cachet et signature de l'Agence**	**خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري** **Réservé à la DAMO**
Identification de l'agent :…… **Date de dépôt du dossier**: I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I **تاريخ الإيداع:**	**Date d'arrivée:** I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I **تاريخ الاستلام:**